

# **Responsabilidad de Transformación (TRAC, por sus siglas en inglés)**

**Centro de Servicios de Salud Mental**

## **NOM (Medidas de Resultados Nacionales) Medidas a nivel de clientes para programas discrecionales de suministro de servicios directos**

### **HERRAMIENTA DE SERVICIOS**

**Versión para programas de adultos**



JULIO de 2016  
*Versión 15*

---

Se estima que la demanda de tiempo para efectuar un informe público sobre esta recopilación de información es como promedio 30 minutos por respuesta si se hacen todas las preguntas a un consumidor/participante. Como los proveedores ya obtienen mucha de esta información como parte de sus datos de introducción o seguimiento actuales sobre el consumidor/participante, se requerirá menos tiempo. Envíe comentarios referentes a esta estimación del tiempo para cumplir con esta obligación o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información a SAMHSA Reports Clearance Officer, Room 7-1045, 1 Choke Cherry Road, Rockville, MD 20857. Es posible que una agencia no realice ni patrocine, y que una persona no tenga que responder a una recopilación de información a menos que se muestre un número de control OMB válido actual. El número de control de este proyecto es 0930-0285.

## GESTIÓN DE REGISTROS

**[EL PERSONAL DEL CESIONARIO INFORMA SOBRE LA GESTIÓN DE REGISTROS EN LAS ENTREVISTAS DE REFERENCIA, REEVALUACIÓN Y ALTA MÉDICA, SEA QUE SE HAYA HECHO UNA ENTREVISTA O NO.]**

ID del consumidor | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ID de la concesión (concesión/contrato/acuerdo de cooperación)  
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

ID del lugar | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### 1. Indique el tipo de evaluación

<input type="radio"/> Entrevista de referencia  <b>[ANOTE EL MES Y EL AÑO EN EL QUE EL USUARIO RECIBIÓ POR PRIMERA VEZ SERVICIOS BAJO LA SUBVENCIÓN PARA <u>ESTA</u> ATENCIÓN.]</b>          /                     MES AÑO	<input type="radio"/> Reevaluación  <b>¿Cuál re-evaluación a los 6 meses?</b>             <b>[ANOTE 06 PARA UNA REEVALUACIÓN A LOS 6 MESES, 12 PARA 12 MESES, 18 PARA 18 MESES, ETC.]</b>	<input type="radio"/> Alta médica
---	---	-----------------------------------

### 2. ¿Se llevó a cabo una entrevista?

<input type="radio"/> Sí  <b>¿Cuándo?</b>          /         /                     MES DÍA AÑO	<input type="radio"/> No  <b>¿Por qué no? Seleccione una respuesta únicamente.</b>  <input type="radio"/> No se pudo obtener el consentimiento del representante <input type="radio"/> El consumidor no estaba en condiciones/no pudo dar el consentimiento <input type="radio"/> El consumidor rechazó esta entrevista únicamente <input type="radio"/> No se pudo localizar al consumidor para la entrevista <input type="radio"/> El consumidor rechazó todas las entrevistas
---	--

**[SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE REFERENCIA, VAYA A LA SECCIÓN A.]**

**[PARA TODAS LAS ENTREVISTAS DE REEVALUACIÓN:  
SI SE REALIZÓ UNA ENTREVISTA, VAYA A LA SECCIÓN B.  
SI NO SE REALIZÓ UNA ENTREVISTA, VAYA A LA SECCIÓN H (SI CORRESPONDE),  
DESPUÉS VAYA A LA SECCIÓN I.]**

**[PARA TODAS LAS ENTREVISTAS DE ALTA MÉDICA:  
SI SE REALIZÓ UNA ENTREVISTA, VAYA A LA SECCIÓN B.  
SI NO SE REALIZÓ UNA ENTREVISTA, VAYA A LA SECCIÓN H (SI CORRESPONDE),  
DESPUÉS VAYA A LA SECCIÓN J.]**

**A. DATOS DEMOGRÁFICOS**

**[LA SECCIÓN A SÓLO SE RECOGE EN LA ENTREVISTA DE REFERENCIA. SI NO SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE REFERENCIA, VAYA A LA SECCIÓN B.]**

**1. ¿Cuál es su género?**

- MASCULINO
- FEMENINO
- TRANSEXUAL
- OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
- SE NEGÓ A CONTESTAR

**2. ¿Es usted hispano/a o latino/a?**

- SÍ
- NO [VAYA A 3.]
- SE NEGÓ A CONTESTAR [VAYA A 3.]

**[SI LA RESPUESTA ES SÍ] ¿A qué grupo étnico considera que pertenece? Conteste sí o no a cada una de las preguntas siguientes. Puede decir sí a más de una.**

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SE NEGÓ A CONTESTAR</b>
Centroamericano/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cubano/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dominicano/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mexicano/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Portorriqueño/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sudamericano/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OTRO (ESPECIFIQUE) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> [SI LA RESPUESTA ES SÍ, ESPECIFIQUE ABAJO.]

**3. ¿De qué raza se considera que es usted? Conteste sí o no a cada una de las preguntas siguientes. Puede decir sí a más de una.**

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SE NEGÓ A CONTESTAR</b>
Negro/a americano/a de origen africano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiático/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nativo/a de Hawái o de otras islas del Pacífico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nativo/a de Alaska	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blanco/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nativo/a americano/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**4. ¿Cuál es el mes y el año de su nacimiento?**

\_\_\_\_|\_\_\_\_| / \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
MES AÑO

SE NEGÓ A CONTESTAR

**A. DATOS DEMOGRÁFICOS (Continuación)**

**4. ¿Cómo describiría su orientación sexual?**

- Heterosexual,
- [SI ES MUJER “Lesbiana”] o Gay
- Bisexual
- OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

*[SI SE LLEVÓ A CABO UNA ENTREVISTA, CONTINÚE CON LA SECTION B.]*

*[SI NO SE LLEVÓ A CABO UNA ENTREVISTA:*

*CESIONARIOS DE INTEGRACIÓN DE CUIDADO MÉDICO PRIMARIO Y CONDUCTUAL (PBHCI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS): VAYA A LA SECCIÓN H.*

*CESIONARIOS DE TODOS LOS DEMÁS PROGRAMAS: DETÉNGASE AQUÍ.*

**B. DESEMPEÑO**

**1. ¿Cómo calificaría su salud general ahora mismo?**

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

**2. A fin de proporcionar los mejores servicios de salud mental posibles y relacionados, necesitamos saber lo que piensa sobre cómo pudo arreglárselas en su vida diaria durante los últimos 30 días. Indique su desacuerdo/acuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes.**

*[LEA CADA AFIRMACIÓN SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA DEL CONSUMIDOR.]*

AFIRMACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTAS						
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/a	De acuerdo	Muy de acuerdo	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO CORRESPONDE
a. Me las arreglo bien con mis problemas diarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b. Puedo controlar mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
c. Puedo arreglármelas en caso de crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
d. Me llevo bien con mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Me desenvuelvo bien en las situaciones sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
f. Me desenvuelvo bien en la escuela/el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Mi situación en lo que se refiere a la vivienda es satisfactoria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
h. Mis síntomas no me molestan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**B. DESEMPEÑO (Continuación)**

3. Las preguntas siguientes son sobre cómo se ha sentido durante los últimos 30 días. Para cada pregunta, indique con qué frecuencia ha sentido lo siguiente.

*[LEA CADA PREGUNTA SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA DEL CONSUMIDOR.]*

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTAS						
	Continuamente	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Ninguna vez	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se ha sentido ...							
a. nervioso/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. desesperanzado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. inquieto/a o impaciente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. tan deprimido/a que nada podía animarle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. que para cualquier cosa se requería un esfuerzo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. inútil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**B. DESEMPEÑO (Continuación)**

4. Las preguntas siguientes están relacionadas con su experiencia con alcohol, cigarrillos y otras drogas. Algunas sustancias de las que hablaremos son prescritas por un médico (como analgésicos). No obstante sólo anotaré las que haya tomado por razones o en dosis que no fueran las prescritas.

*[LEA CADA PREGUNTA SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA DEL CONSUMIDOR.]*

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTAS					
	Nunca	Una o dos veces	Semanal mente	A diario o casi a diario	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha usado ...						
a. productos de tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, cigarros, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licor, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b1. <i>[SI B &gt;= UNA O DOS VECES, Y LA PERSONA QUE CONTESTA ES UN HOMBRE]</i> , ¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha tomado cinco o más bebidas alcohólicas en un día? <i>[ACLARE SI ES NECESARIO: Una bebida alcohólica estándar (p.e., 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino, 1.5 onzas de licor)]</i> .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b2. <i>[SI B &gt;= UNA O DOS VECES, Y LA PERSONA QUE CONTESTA ES UNA MUJER]</i> , ¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha tomado cuatro o más bebidas alcohólicas en un día? <i>[ACLARE SI ES NECESARIO: Una bebida alcohólica estándar (p.e., 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino, 1.5 onzas de licor)]</i> .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. cocaína (coca, crack, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. estimulantes de prescripción (Ritalin, Concerta, Dexedrine, Adderall, píldoras dietéticas, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. metanfetamina (speed, cristal, meta, hielo, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. inhaladores (óxido nitroso, cola, gasolina, diluyente de pintura, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. sedativos o somníferos (Valium, Serepax, Ativan, Librium, Xanax, Rohypnol, GHB, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. alucinógenos (LSD, ácido, hongos, PCP, Special K, éxtasis, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. opioides callejeros (heroína, opio, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. opioides de prescripción (fentanil, oxicodona [OxyContin, Percocet], hidrocodona [Vicodin], metadona, buprenorfina, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. otras – especifique (cigarrillos electrónicos, etc.):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**B. FAMILIAS CON MILITARES Y DESPLAZAMIENTO POR MOTIVOS MILITARES**

**[LAS PREGUNTAS 5 A LA 8 SOLO SE HACEN EN LA ENTREVISTA DE REFERENCIA. SI ESTA NO ES UNA ENTREVISTA DE REFERENCIA, VAYA A LA PREGUNTA 9.]**

**5. ¿Alguna vez ha prestado servicio en las fuerzas armadas, la reserva o la guardia nacional?**

- Sí
- NO *[VAYA A LA PREGUNTA 6.]*
- SE NEGÓ A CONTESTAR *[VAYA A LA PREGUNTA 6.]*
- NO SABE *[VAYA A LA PREGUNTA 6.]*

**[SI LA RESPUESTA ES SÍ] ¿En cuál de las siguientes opciones prestó su servicio? Por favor dé una respuesta para cada opción. Puede contestar sí a más de una opción.**

	SÍ	NO	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
Fuerzas armadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reservas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guardia nacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**5a. ¿Actualmente está en servicio activo en las fuerzas armadas, la reserva o la guardia nacional?**

- Sí
- NO *[VAYA A LA PREGUNTA 5b.]*
- SE NEGÓ A CONTESTAR *[VAYA A LA PREGUNTA 5b.]*
- NO SABE *[VAYA A LA PREGUNTA 5b.]*

**[SI LA RESPUESTA ES SÍ] ¿En cuál de las siguientes opciones presta actualmente su servicio? Por favor dé una respuesta para cada opción. Puede contestar sí a más de una opción.**

	SÍ	NO	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
Fuerzas armadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reservas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guardia nacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**5b. ¿Alguna vez lo han enviado a una zona de combate?**

- Sí
- NO *[VAYA A LA PREGUNTA 6.]*
- SE NEGÓ A CONTESTAR *[VAYA A LA PREGUNTA 6.]*
- NO SABE *[VAYA A LA PREGUNTA 6.]*

**[SI LA RESPUESTA ES SÍ] ¿A cuál de las siguientes zonas de combate lo han enviado? Por favor dé una respuesta para cada opción. Puede contestar sí a más de una opción.**

	SÍ	NO	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
Iraq o Afganistán (Por ejemplo, Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom/Operation New Dawn)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Golfo pérsico (Operation Desert Shield o Desert Storm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vietnam/Sureste de Asia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Corea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segunda Guerra Mundial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enviado a una zona de combate no incluida arriba (por ejemplo, Somalia, Bosnia, Kosovo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**B. FAMILIAS CON MILITARES Y DESPLAZAMIENTO POR MOTIVOS MILITARES (Continuación)**

6. ¿Está alguien de su familia o alguien cercano a usted actualmente en servicio activo o está separado o jubilado de las fuerzas armadas, la reserva o la guardia nacional?

- Sí, únicamente una persona
- Sí, más de una persona
- No [VAYA A LA PREGUNTA 7.]
- SE NEGÓ A CONTESTAR [VAYA A LA PREGUNTA 7.]
- NO SABE [VAYA A LA PREGUNTA 7.]

---

**B. VIOLENCIA Y TRAUMA**

7. ¿Alguna vez ha tenido experiencias de violencia o trauma en alguna situación (incluyendo violencia en la comunidad o en la escuela; violencia doméstica, física, psicológica o maltrato o abuso sexual dentro o fuera de la familia; desastres naturales, actos terroristas, abandono, o dolor o pena traumático)?

- SÍ
- NO [VAYA A 9.]
- SE NEGÓ A CONTESTAR [VAYA A 9.]
- NO SABE [VAYA A 9.]

8. ¿Resultó alguna de estas experiencias tan aterradora, horrible o perturbadora que en el pasado o actualmente usted:

	SÍ	NO	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
8a. Tiene o tuvo pesadillas sobre eso o pensamientos acerca de eso cuando usted no quería?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8b. Se esforzó por no pensar en eso o hizo un esfuerzo especial para evitar situaciones que le recuerdan eso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8c. Estuvo constantemente alerta, atento o fácilmente sobresaltado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8d. Se sentía como insensible o distante de otras personas, actividades o de sus alrededores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**B. VIOLENCIA Y TRAUMA (Continuación)**

**9. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia le han golpeado, pateado, abofeteado o lastimado de otra manera física?**

- Nunca
- Una vez
- Unas pocas veces
- Más de unas pocas veces
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

**C. ESTABILIDAD DE VIVIENDA**

1. En los últimos 30 días, ¿cuántas ...	Número de noches/ Veces	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO SABE
a. noches ha pasado sin tener un hogar propio?	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. noches ha pasado en un hospital de salud mental?	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. noches ha pasado en un centro de desintoxicación/tratamiento por abuso de sustancias ingresado/a o en residencia?	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. noches ha pasado en un reformatorio incluida cárcel o prisión?	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>[SUME EL NÚMERO TOTAL DE NOCHES PASADAS SIN HOGAR PROPIO, EN UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL, EN UN CENTRO DE DESINTOXICACIÓN/TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS INGRESADO/A O EN RESIDENCIA, O EN UN REFORMATARIO. (LOS ARTÍCULOS A-D NO PUEDEN EXCEDER DE 30 NOCHES).]</i>			
e. veces ha ido a una sala de urgencias por un problema psiquiátrico o emocional?	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*[SI 1a, 1b, 1c O 1d ES 16 O MÁS NOCHES, VAYA A LA SECCIÓN D.]*

**2. En los últimos 30 días, ¿dónde ha estado viviendo la mayor parte del tiempo?**

*[NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTAS AL CONSUMIDOR. ESCOJA SÓLO UNA.]*

- CASA, APARTAMENTO, REMOLQUE, HABITACIÓN DE SU PROPIEDAD O DE ALQUILER
- CASA, APARTAMENTO, REMOLQUE O HABITACIÓN DE OTRA PERSONA
- SIN HOGAR PROPIO (ASILO, CALLE/AIRE LIBRE, PARQUE)
- HOGAR PARA GRUPOS
- HOGAR DE ACOGIDA PARA ADULTOS
- VIVIENDA DE TRANSICIÓN
- HOSPITAL (MÉDICO)
- HOSPITAL (PSIQUIÁTRICO)
- CENTRO DE DESINTOXICACIÓN/TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS INGRESADO/A O EN RESIDENCIA
- REFORMATARIO (CÁRCEL/PRISIÓN)
- RESIDENCIA DE ANCIANOS
- HOSPITAL DE VA
- HOGAR PARA VETERANOS DE LAS FUERZAS ARMADAS
- BASE MILITAR
- OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

**D. ESTUDIOS Y EMPLEO**

1. **¿Está inscrito/a actualmente en una escuela o en un programa de capacitación laboral?**  
**[SI ESTÁ INSCRITO/A] ¿Es a tiempo completo o parcial?**

- NO ESTÁ INSCRITO/A
- INSCRITO/A, TIEMPO COMPLETO
- INSCRITO/A, TIEMPO PARCIAL
- OTRO (ESPECIFIQUE)\_\_\_\_\_
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

2. **¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha terminado, tanto si ha recibido un título como si no lo ha recibido?**

- MENOS DEL GRADO 12°
- 12° GRADO/DIPLOMA DE ESCUELA SECUNDARIA/EQUIVALENTE (GED)
- DIPLOMA VOCACIONAL/TÉCNICO
- ALGUNOS CURSOS UNIVERSITARIOS
- TÍTULO UNIVERSITARIO (BA, BS)
- TRABAJO DE GRADUACIÓN/TÍTULO DE GRADUADO/A
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

3. **¿Está empleado/a en la actualidad? [ACLARE CONCENTRÁNDOSE EN EL ESTADO DURANTE LA MAYOR PARTE DE LA SEMANA ANTERIOR, DETERMINANDO SI EL CONSUMIDOR TRABAJABA EN ALGO O SI TENÍA UN TRABAJO NORMAL PERO ESTABA DE VACACIONES.]**

- EMPLEADO/A A TIEMPO COMPLETO (MÁS DE 35 HORAS POR SEMANA, O LO HABRÍA ESTADO)
- EMPLEADO/A A TIEMPO PARCIAL
- DESEMPLEADO/A, BUSCANDO TRABAJO
- DESEMPLEADO/A, INCAPACITADO
- DESEMPLEADO/A, TRABAJO VOLUNTARIO
- DESEMPLEADO/A, JUBILADO/A
- DESEMPLEADO/A, NO ESTÁ BUSCANDO TRABAJO
- OTRO (ESPECIFIQUE)\_\_\_\_\_
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

3a. **[SI ESTÁ EMPLEADO/A:]**

- |  | <b>Sí</b>             | <b>No</b>             | <b>SE NEGÓ<br/>A CONTESTAR</b> | <b>NO SABE</b>        |
|--|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|
| • <b>¿Recibe un sueldo mínimo o superior al mínimo <sup>1</sup>?</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> |
| • <b>¿Le paga su empleador su sueldo directamente?</b>               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> |
| • <b>¿Podría haber solicitado este trabajo cualquier persona?</b>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> |

<sup>1</sup> Para obtener información sobre el sueldo federal mínimo vaya a <http://www.dol.gov/dol/topic/wages/>

---

**E. SITUACIÓN PENAL Y DE JUSTICIA PENAL**

**1. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha sido arrestado/a?**

|\_\_| |\_\_| VECES

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

***[SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE REFERENCIA, VAYA A LA SECCIÓN G. DE LO CONTRARIO, VAYA A LA SECCIÓN F.]***

## F. PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS

*[LA SECCIÓN F NO SE RECOGE EN LA ENTREVISTA DE REFERENCIA. PARA ENTREVISTAS DE REFERENCIA, VAYA A LA SECCIÓN G.]*

1. A fin de proporcionar los mejores servicios de salud mental posibles, necesitamos saber lo que piensa sobre los servicios que ha recibido durante los últimos 30 días, las personas que los proporcionaron y los resultados. Indique su desacuerdo/acuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes.

*[LEA CADA AFIRMACIÓN SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA DEL CONSUMIDOR.]*

AFIRMACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTAS						
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/a	De acuerdo	Muy de acuerdo	SE NEGÓ A CONTESTAR	NO CORRESPONDE
a. El personal de aquí cree que puedo desarrollarme, cambiar y recuperarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b. Me siento libre para quejarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
c. Me dieron información sobre mis derechos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
d. El personal me animó a que asumiera la responsabilidad de cómo vivir mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
e. El personal me dijo con qué efectos secundarios debo tener cuidado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. El personal respetó mis deseos sobre a quién y a quién no se le debe dar información sobre mi tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. El personal fue sensible a mis antecedentes culturales (raza, religión, idioma, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
h. El personal me ayudó a obtener la información necesaria para que pudiera encargarme de administrar mi enfermedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Me animaron a usar programas dirigidos por el consumidor (grupos de apoyo, centros de hospitalidad, línea telefónica para crisis, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Me sentía cómodo/a haciendo preguntas sobre mi tratamiento y medicación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Yo, no el personal, decidí mis objetivos de tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
l. Me gustan los servicios que he recibido aquí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
m. Si tuviera otras opciones, me gustaría seguir recibiendo servicios de esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
n. Recomendaría esta agencia a un amigo/a o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

---

**F. PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS (Continuación)**

**2. [INDIQUE QUIÉN ADMINISTRÓ LA SECCIÓN F - PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS SEGÚN LA PERSONA QUE CONTESTA A ESTA ENTREVISTA.]**

- PERSONAL ADMINISTRATIVO
- COORDINADOR DE CUIDADOS
- ADMINISTRADOR DEL CASO
- MÉDICO CLÍNICO QUE PROPORCIONA SERVICIOS DIRECTOS
- MÉDICO CLÍNICO QUE NO PROPORCIONA SERVICIOS DIRECTOS
- COLEGA DEL CONSUMIDOR
- RECOPIADOR DE DATOS
- EVALUADOR
- DEFENSOR DE FAMILIAS
- PERSONAL ASISTENTE DE INVESTIGACIÓN
- AUTOADMINISTRADO
- OTRO (ESPECIFIQUE)\_\_\_\_\_

**G. RELACIONES SOCIALES**

1. Indique su desacuerdo/acuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes. Conteste respecto a las relaciones con personas que no sean los proveedores de servicios de salud mental durante los últimos 30 días.

*[LEA CADA AFIRMACIÓN SEGUIDA DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA DEL CONSUMIDOR.]*

AFIRMACIÓN	OPCIONES DE RESPUESTAS					
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/a	De acuerdo	Muy de acuerdo	SE NEGÓ A CONTESTAR
a. Estoy contento/a con las amistades que tengo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Conozco a personas con las que puedo hacer cosas agradables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Me siento que pertenezco a mi comunidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. En caso de crisis, tendría el apoyo que necesito de mi familia y amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*[SI SU PROGRAMA NO REQUIERE LA SECCIÓN H:*

*SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE REFERENCIA, DETÉNGASE AHORA. LA ENTREVISTA ESTÁ COMPLETA.]*

*SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE REEVALUACIÓN, POR FAVOR VAYA A LA SECCIÓN I, DESPUÉS A LA SECCIÓN K.]*

*SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE ALTA MÉDICA, POR FAVOR VAYA A LA SECCIÓN J, DESPUÉS A LA SECCIÓN K.]*

*[SI SU PROGRAMA SÍ REQUIERE LA SECCIÓN H:*

*SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE REFERENCIA, POR FAVOR VAYA A LA SECCIÓN H, DESPUÉS DETÉNGASE. LA ENTREVISTA ESTARÁ COMPLETA.]*

*SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE REEVALUACIÓN, POR FAVOR VAYA A LA SECCIÓN H, DESPUÉS A LAS SECCIONES I Y K.]*

*SI SE TRATA DE UNA ENTREVISTA DE ALTA MÉDICA, POR FAVOR VAYA A LA SECCIÓN H, DESPUÉS A LAS SECCIONES J Y K.]*

---

## **H. PREGUNTAS ESPECÍFICAS ACERCA DEL PROGRAMA**

***ALGUNOS PROGRAMAS TIENEN DATOS ESPECÍFICOS QUE SON ENVIADOS A TRAC. EL CMHS LE INFORMARÁ SI DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN H Y LE DARÁN UN FORMULARIO SEPARADO CON LA SECCIÓN H.***

***PARA VER UNA LISTA DE PROGRAMAS QUE TIENEN DATOS ESPECÍFICOS, CONSULTE EL APÉNDICE A DE LA GUÍA DE INSTRUCCIONES PREGUNTA POR PREGUNTA DE LAS MEDIDAS A NIVEL DE CLIENTE DE NOMS PARA PROGRAMAS DISCRECIONALES DE SUMINISTROS DE SERVICIOS DIRECTOS PARA PROGRAMAS DE ADULTOS.***

---

**I. ESTADO DE REEVALUACIÓN**

***[EL PERSONAL DEL CESIONARIO INFORMA SOBRE LA SECCIÓN I DESPUÉS DE LA REEVALUACIÓN.]***

**1. ¿Ha tenido contacto usted u otro personal de la concesión con el consumidor en los últimos 90 días desde el último encuentro?**

- Sí
- No

**2. ¿Sigue recibiendo el consumidor servicios de su proyecto?**

- Sí
- No

***[VAYA A LA SECCIÓN K.]***

---

**J. ESTADO DE ALTA MÉDICA**

***[EL PERSONAL DEL CESIONARIO INFORMA SOBRE LA SECCIÓN J ACERCA DEL CONSUMIDOR CUANDO ES DADO DE ALTA.]***

**1. ¿En qué fecha se dio de alta al consumidor?**

\_\_\_\_|\_\_\_\_| / \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
MES AÑO

**2. ¿Cuál es el estado de alta del consumidor?**

- Cese del tratamiento acordado mutuamente
- Abandonó/rechazó el tratamiento
- No hubo ningún contacto en los últimos 90 días después del último encuentro
- Recomendación médica para otro lugar
- Fallecimiento
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

***[VAYA A LA SECCIÓN K.]***

**K. SERVICIOS RECIBIDOS**

**[EL PERSONAL DEL CESIONARIO INFORMA SOBRE LA SECCIÓN K EN LA RE-EVALUACIÓN Y AL DAR DE ALTA MÉDICA A MENOS QUE EL CONSUMIDOR HAYA RECHAZADO ESTA ENTREVISTA O TODAS LAS ENTREVISTAS, EN CUYO CASO ES OPCIONAL.]**

1. ¿En qué fecha recibió el consumidor servicios por última vez?          /    /      
MES AÑO

**[IDENTIFIQUE TODOS LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS AL CONSUMIDOR DESDE SU ÚLTIMA ENTREVISTA DE NOM; ESTO INCLUYE SERVICIOS FINANCIADOS Y NO FINANCIADOS POR LA CMHS.]**

Servicios básicos	Proporcionados		SE DESCONOCE	SERVICIO NO DISPONIBLE
	Sí	No		
1. Examen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Evaluación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Planificación o revisión del tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Servicios psicofarmacológicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Servicios de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[SI LA RESPUESTA A LA OPCIÓN 5 “SERVICIOS DE SALUD MENTAL” ES SÍ, CALCULE LA FRECUENCIA CON QUE SE PRESTARON SERVICIOS DE SALUD MENTAL.]**

Número de veces \_\_\_\_\_ por       Día      SE DESCONOCE  
 Semana        
 Mes  
 Año

	Sí	No	SE DESCONOCE	SERVICIO NO DISPONIBLE
7. Gestión de casos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Servicios específicos de trauma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Se recomendó al consumidor a otro proveedor para cualquier de los servicios básicos anteriores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Servicios de apoyo	Proporcionados		SE DESCONOCE	SERVICIO NO DISPONIBLE
	Sí	No		
1. Atención médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Servicios de empleo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Servicios de familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Guardería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Servicios educativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Apoyo de vivienda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Actividades de recreo social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Servicios operados por el consumidor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Pruebas de VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Se recomendó al consumidor a otro proveedor para cualquiera de los servicios de apoyo anteriores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	